

ひとり親家庭等児童福祉医療費受給者証再交付申請書

R6 年 4 月 1 日

(宛先) 秋田市長

申請者 住所 〒 010-8560 秋田市山王一丁目1番1号
 氏名 秋田花子
 連絡先 090-0000-0000

福祉医療費受給者証の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

No.	フリガナ 受給者氏名	生年月日	資格取得 年度	再交付を受ける理由
1	あきた たろう 秋田太郎	H30 年 1 月 1 日	H29	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()
2		年 月 日		<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()
3		年 月 日		<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()
4		年 月 日		<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()
5		年 月 日		<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()

再交付を受けたい受給者証
 が最初に交付された年度を
 記入してください。

再交付を受けたい受給者が2人
 以上いる場合は、NO.2以降に
 続けて記入してください。